

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego.....

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce urodzenia.....

4. Obywatelstwo.....

5. PESEL¹⁾

6. Adres do korespondencji -

.....
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Nr telefonu²⁾ adres e-mail²⁾

7. Tytuł zawodowy³⁾

Pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/

położnego⁴⁾ wydane przez.....
(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie⁵⁾

Średnie zawodowe

Licencjat pielęgniarstwa licencjat położnictwa licencjat w innej dziedzinie

Magister pielęgniarstwa magister położnictwa magister w innej dziedzinie

Stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....
.....

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL - cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

²⁾ Pole nieobowiązkowe.

³⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.